BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET

OU DES MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE

***Pour les agents affiliés à la CNRACL***

A compléter par le **professionnel de santé** pour le règlement des honoraires et **à envoyer à l’adresse suivante :**

***Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute Garonne***

***590 rue Buissonnière***

***31676 LABEGE CEDEX***

***🕿 05 81 91 93 00 🖹 05 62 26 09 39***

[***assurance@cdg31.fr***](mailto:assurance@cdg31.fr) ***- www.cdg31.fr***

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00

# **NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE**

###### Employeur

**Collectivité ou Etablissement :** --------------------------------------------------------------------------------------- **Cachet obligatoire :**

###### Victime

**Nom :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **Prénom :** ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### Numéro sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

###### accident DE SERVICE/TRAJET (AT) ou maladie IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

###### Date de l’accident (AT) ou de la maladie imputable au service (MP) : --------- / --------- / --------- Date de la rechute : --------- / --------- / ---------

Siège des lésions : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### praticien (Joindre obligatoirement les originaux)

**Ne tardez pas à adresser vos notes d’honoraires au CDG 31. Toute demande reçue au-delà de 90 jours à compter de la date de début de soins ne pourra être prise en charge par l’assureur de la collectivité**

**N° ADELI / FINESS :**

**Cachet obligatoire : Signature : Date :** --------- **/** --------- **/** ---------

**A compléter pour réception du justificatif de règlement : E. MAIL** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Relevé des actes et des fournitures** | | | |
| **Date** | **Nature de l’acte** | **Délivrance d’un certificat médical (Oui / Non)** | **Montant** |
|  |  |  |  |
| Accompagné de votre RIB |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL :**

€

###### 

**Remboursement dans la limite de 100 % du Tarif de Convention**

**CDG 31 - CONTRAT GROUPE ASSURANCE STATUTAIRE – 2022 – AGENTS CNRACL 1/2**

**Le bon de prise en charge**

###### delivrance

* **Par l’employeur**

Un bon de prise en charge est remis à la victime pour la prise en charge des Frais de Santé en lien avec l’AT et/ou MP.

Les rubriques « Employeur », « Victime », « Accident » doivent être complétées lisiblement.

En cas de renouvellement, de rechute ou de maladie imputable au service / maladie professionnelle, seul l’employeur est habilité à délivrer les bons de prise en charge.

Les bons dont la partie employeur sera photocopiée, ne seront pas acceptés

###### Utilisation

* **Par la victime**

La victime remet un bon de prise en charge à chaque praticien, auxiliaire médical ou fournisseur afin de bénéficier de la dispense des frais engagés.

* **Par le médecin**

Le médecin conserve le bon de prise en charge.

Après avoir été complété, ce bon est à adresser au Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de la Haute Garonne pour règlement des honoraires.

Le médecin est tenu d’établir en 2 exemplaires :

* Un certificat médical descriptif initial, à l’occasion de la première constatation,
* Un certificat médical final de guérison ou de consolidation à la fin des soins
* **Par l’auxiliaire médical**

Lorsque des actes paramédicaux sont nécessaires, l’auxiliaire médical doit compléter le bon de prise en charge et l’adresser, accompagné de la prescription médicale, au Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de la Haute Garonne pour règlement des honoraires.

* **Par le pharmacien ou le fournisseur**

Le pharmacien ou le fournisseur doit joindre au bon de prise en charge, les ordonnances et le vignettes des produits délivrés. Le tout est à envoyer au Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de la Haute Garonne pour règlement.

**CDG 31 - CONTRAT GROUPE ASSURANCE STATUTAIRE – 2022 – AGENTS CNRACL 2/2**